

## ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

*Арестова И.М., Занько Ю.В., Старовойтов Л.Г.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** В связи с ростом в последние годы частоты инфекций, передающихся половым путем, пристальное внимание акушеров привлекают хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная, цитоме-галавирусная и герпес-вирусная инфекция, стрептококк группы В, ге-мофильная палочка и др. На современном этапе определяющая роль инфекций в патогенезе патологических состояний, формирующихся в перинатальный период, не вызывает сомнений. Независимо от пути инфицирования, на определенном этапе развития патологических процессов в системе мать-плацента-плод важная роль принадлежит функциональным изменениям околоплодной среды и плаценты [1,2].

**Целью** нашего исследования была оценка прогностического потенциала анамнестических данных и наличия внутриутробного инфицирования в качестве маркеров осложненного течения беременности.

**Материалы и методы.** Нами исследовано две группы беременных женщин. В 1 группу вошли 100 беременных с высоким риском реализации ВУИ, во 2-ую 50 здоровых беременных женщин. Женщины 1 группы разделены на 3 подгруппы в зависимости от инфекционного агента: А-подгруппа — 33 беременные с наличием бактериальной инфекции, Б-подгруппа — 34 беременные с наличием вирусной инфекции, В-подгруппа — 33 беременные с наличием бактериально-вирусной (смешанной) инфекции. В исследуемых группах изучали: данные анамнеза, течение настоящей беременности по триместрам, особенности родового акта, оценивали состояние новорожденных. Анализировали течение урогенитальной инфекции, а также сроки ее выявления и клинические формы.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст составил в 1-й группе  $25,3 \pm 0,78$  года, во 2-й группе —  $24,5 \pm 0,89$  года. У подавляющего большинства пациенток 1-й группы отмечен отягощенный инфекционный и соматический анамнез. При изучении данных инфекционного анамнеза было выявлено, что 61,3% беременных 1-й группы ранее перенесли детские инфекции, 57% женщин болели ОРЗ и ОРВИ. Среди пациенток 2-й группы их количество было меньшим (53 и 19% соответственно). Установлено наличие экстрагенитальной патологии у 86% пациенток 1-й группы и 38% женщин 2-й группы. У 69% пациенток 1-й группы в анамнезе имели место искусственные аборты и самопроизвольные выкидыши. Среди возбудителей бактериальной инфекции у пациенток 1-й группы наиболее часто во время беременности выявлялись *Chlamydia trachomatis* (44%) и *Ureaplasma urealyticum* (39%), реже — *Mycoplasma genitalis* (25%) и *Gardnerella vaginalis* (15%). Среди вирусных инфекций у беременных 1-й группы преобладал ВПГ I и/или II типа (37%), ЦМВИ (10%) и папилломавирусная инфекция (15%). При этом ранний токсикоз развивался у беременных 1-й группы в 2 раза чаще,

чем во 2-й группе (14%). Так, угроза позднего выкидыша наблюдалась у 39% беременных 1-й группы, что в 2 раза превышало данный показатель во 2-й группе. Частота этого осложнения была несколько выше в А-подгруппе (44%), в то время как в двух других подгруппах этот показатель существенно не различался (35% и 36% соответственно). Угроза преждевременных родов отмечалась у 34% пациенток 1-й группы, существенно превышая значение данного показателя во 2-й группе (4%). Наибольшее количество беременных (52%) с данной патологией наблюдалось в В-подгруппе (с наличием бактериально-вирусной инфекции). Характерным осложнением беременности у женщины с высоким риском развития ВУИ явилось многоводие. У беременных 1-й группы многоводие в III триместре развивалось в 2 раза чаще (20%), чем у пациенток 2-й группы (10%). При этом наиболее часто многоводие регистрировалось у женщин с наличием смешанной бактериально-вирусной инфекции (31%) по сравнению с А- и Б-подгруппами (6% и 22% соответственно). Среди беременных 1-й группы частота развития анемии была различной: при бактериально-вирусной инфекции она составила 42,4%, существенно превышая значение данного показателя в А- и Б-подгруппах (6,1 и 23,5% соответственно). Гестозы второй половины беременности развились у 36% пациенток 1-й группы и 21% - 2-й, причем наиболее часто в В-подгруппе (48%) по сравнению с А- и Б-подгруппами (24 и 33 % соответственно).

Хроническая внутриутробная гипоксия плода диагностирована у 30% пациенток 1-й группы, в то время как среди пациенток 2-й группы данное осложнение не наблюдалось. Наиболее часто внутриутробная гипоксия плода возникала у женщин с наличием смешанной инфекции (48%>) по сравнению с беременными А- и Б-подгрупп (28 и 15% соответственно).

Пациентарная недостаточность, выявленная с помощью ультразвукового исследования, получила патоморфологическое подтверждение у 12% пациенток 1-й группы. Наибольшее количество беременных с данной патологией наблюдалось в В-подгруппе (18,1%) по сравнению с женщинами А- и Б-подгрупп (14 и 3 % соответственно). При УЗИ особое внимание было обращено на выявление признаков задержки развития плода (вентрикуломегалия, водянка плода, асцит, гидроторакс и др.). В результате проведенного исследования внутриутробная задержка развития плода была выявлена у 16% пациенток 1-й группы и 2% женщин 2-й группы. Анализ частоты развития СЗРП в 1-й группе показал, что наиболее высокий уровень данного показателя регистрировался в В-подгруппе (27,3%) в отличие от женщин А- и Б-подгрупп (8 и 12% соответственно).

**Выводы.** Наличие перенесенной инфекционной патологии детского периода и подверженности острым респираторным вирусным инфекциям увеличивает вероятность ВУИ.

Таким образом, влияние бактериальной и вирусной инфекций на течение беременности выражается в развитии ряда акушерских осложнений. Ранний токсикоз, угрожающий выкидыш и многоводие развивается в 2 раза чаще, угроза преждевременных родов - в 9 раз. Гестозы второй половины беременности развиваются чаще на 15% при ВУИ, при чем практически в половине случаев данное осложнение развивается на фоне микст-инфекции. Задержка внутриутробного развития плода развивалась на фоне ВУИ в 8 раз чаще, чем в контрольной группе. Наличие такого большого количества осложнений ВУИ требует разработки мероприятий не только раннего выявления инфицирования, но и раннего лечения.

Литература:

1. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 4 / под общ. ред. СЕ Бащинского. - Москва: Медиа Сфера, 2006. - 903 с
2. Кулаков В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция. /В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник. - Москва, 2004. -494 с